

Title	脾臓嚢腫と間違えられた巨大な肝臓嚢腫の1例について
Author(s)	久山, 健; 大西, 弘
Citation	日本外科宝函 (1958), 27(5): 1276-1279
Issue Date	1958-09-01
URL	<a href="http://hdl.handle.net/2433/206674">http://hdl.handle.net/2433/206674</a>
Right	
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	publisher

# 脾臓嚢腫と間違えられた巨大な肝臓嚢腫の1例について

京都大学医学部外科学教室第Ⅱ講座（主任：青柳安誠教授）

久 山 健 ・ 大 西 弘

〔原稿受付 昭和33年6月9日〕

## A CASE OF GIANT CYST OF LIVER MISDIAGNOSED TO BE A PANCREASCYST

by

TAKESHI KUYAMA and HIROMU ONISHI

From the 2nd Surgical Division, Kyoto University Medical School

(Director : Prof. Dr. YASUMASA AOYAGI)

In this paper a case (56 years old wife) of painless and periodic swelling of upper abdomen caused by cyst of liver which had been misdiagnosed to be pancreascyst before laparotomy, was described.

At the operation 3300 cc of green and clear fluid was found in this cyst, and there were many small cysts in the liver.

Histologically, it was clarified that the giant cyst had a wall of connective tissue without epithelial cells.

先に久山・中村は比較的稀な真性嚢腫肝の2例を報告したが<sup>1)</sup>、更に最近脾臓嚢腫を考えせしめる病歴と所見を示した腹部腫瘍をもつ、極めて興味ある例に遭遇し、手術により巨大な肝臓嚢腫であることを確認し、しかも嚢腫肝の範疇に属するものであることを知ったので、ここに報告する。

### 症 例

58才女、会社員、昭和33年2月8日入院。

主訴：無痛性上腹部膨隆

現病歴：昭和31年12月、誘因と思われるものがなくて臍部より上方の腹部が膨隆して来て、膨隆そのものが或る程度増大すると、軽度の発熱と共に忽然と消退し、その後2～3日間は、下腹部に鈍痛を訴え且つ熱感もあり、そしてその後約7日おいて再び上腹部が膨隆する。それが約1ヵ月の週期で循環し、かかる腹部の膨隆期には便秘に傾き、而も毎回の腹部膨隆程度は一定している。

食思良好、睡眠良好、便通2～3日に一行。

既往症：昭和21年3月腹部全体に仙痛があり、鎮痛剤の注射後、約24時間で消退した。

腹部所見。上腹部は、臍と嚢状突起の midpoint を中心として直径 20 cm、円形に膨隆している。しかし皮膚静脈の怒張は認められない。触診で、臍より約4cmの所を中心として、小児頭大の正球形、限界鮮鋭な腫瘤を認め、全く無痛性で硬さは prall elastisch であり、呼吸性移動もみとめないし、底部に対しても動かず、呼吸性にも固定し得た。

尿所見。異常を認めない。Diastase 2%。

血清ザアスターゼ<sup>24</sup>。B. S. P. 45分5%以下。

Hijmans van den Bergh, 各反応陰性。

十二指腸液。B-Galle は正常。Sand を認めない。

糞便。寄生虫卵、潜血を認めない。

X線の検査：急いので経肛門的撮影のみを行った。(第I図)横行結腸は下方、胃は下方、左側方に圧排されている。

診断に当つては呼吸性固定が立証されたので、脾嚢腫で而も21年3月の強い腹痛を akute Pankreasnekrose の発作と考え、それに基づく Pseudopankreaszyste とした。且つ現症では内瘻 Innere Fistel をつくっているのが内容が腸管に出るとこの嚢腫は小さくなり、またその Fistel がとじるとなると腫大



第1図 X線像 胃は左下方に、横行結腸は下方に圧排されている。

し、これを一定の間隔でくり返しているものと考えた。

手術所見：開腹により腹水流出はない。上正中切開により視野の直下に小児頭大の表面平滑、緊張性の livid rötlich の球形の腫瘤をみとめた。上面は大網膜で覆われている。一部大網膜と癒着している部には白色のうすい小指頭大の癒痕部があつて赤褐綠色に着色している。腫瘤は波動を証明し、如何なる部にも、われわれが術前に考えたように交通があつたと想像する腸管の癒着はない。穿刺により、褐綠色の液 3,300 cc を吸引して、初めてこれは左肝葉の殆んど大部分をしめる腫瘤で、左葉には健全な肝組織を殆どみとめないことが判明した。そこで嚢腫壁を切開し、その大部分を切除し、可及的、腔を残置せざる様に縫縮して手術を終つた。

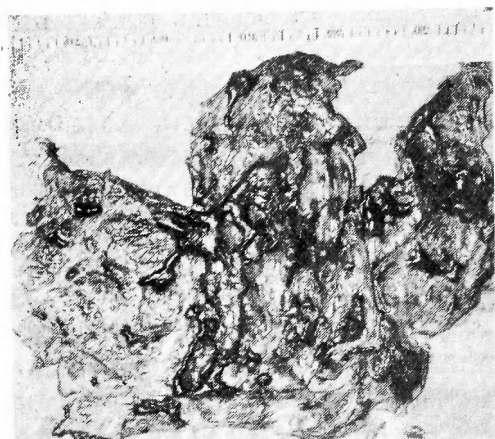
穿刺液。(Rivalta 反応(+), Gmelin 反応(-), Benzidin 反応(-), Cholesterol 反応(±), 鉄反応(+), 比重1034)

糞状浮遊物のみとめ、沈渣には虫卵はない。

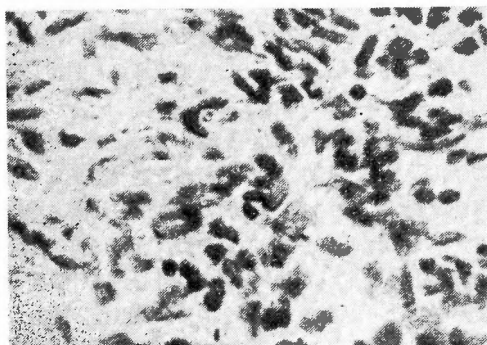
肉眼標本。(第2図)内面に多くの皺襞があり、全面に出血斑及び赤褐色の壊死組織の附着を認め、単胞性嚢腫である。組織学的所見。嚢腫壁は結合織と増生した血管よりなり、変性傾向を示す肝細胞があり、上皮成分をみとめない。

肝組織は間質に円形細胞浸潤がある。

嚢腫内浮遊物は胆汁で黄染した部と、好酸性物質よりなる部の壊死組織である。



第2図 肉眼標本 嚢腫壁が切開されているが、内壁は図の如く突起が多い。



第3図 組織像 円形細胞浸潤と変性肝細胞及び増生した線維母細胞を認める。

術後経過：術後28日目に手術創は一期性癒合を営み、全治退院した。退院時、肝機能は B. S. P. で30分、5%以下である。

寄生虫性のものでなく、多発性で、而もリンパ腫でもない本例のようなものは、肝嚢腫の中でも嚢腫肝の一部嚢腫が巨大化したものと考えられていて、かなり稀な疾患である。しかも組織像でも、上皮成分の異常増成も認められないので、一応腺腫の範疇より除外し得るだろう。併し巨大化し壊死傾向の有るものでは、たとえ単発性腺腫の場合でも、定型的腺腫様の上皮をみとめられない場合があつて、嚢腫肝と多発性腺腫及び肝貯溜性嚢腫の分類は仲々簡単ではなく、現在でもなお疑問の点が存在しているもので、多発性肝嚢腫で、その内容が褐綠色又は無色の漿液で、組織学的に特定の真性腫瘍を思わしめない肝嚢腫は嚢腫肝の範疇に入れている<sup>2)</sup>。本症例では巨大部の内容は変性壊死

を来して漿液性状を失っていたが、他の小さい嚢腫では明らかに漿液性透明で、しかも多発性であるので嚢腫肝の範疇に入れるべきものである。本症例のような巨大な嚢腫を伴う嚢腫肝に関しては、さきに Donowski<sup>2</sup>, Jarowski<sup>3</sup> 及び緒方<sup>4</sup>等が病理解剖によつて発見したと報告している。（\*肝重量7.13kg, 腎重量10.0kg）

しかし肝嚢腫で本症例の如く、3,300 cc 以上の内容を示し、しかも週期的に縮小と拡大をくり返した例は未だ報告されてない。肝嚢腫で、嚢腫肝の形態をもつた報告例は、本邦50例、外国では150例を数えるが、持続的発熱をもつものは有つても、本症例のように週期的膨隆と一過性発熱を訴えるものはない。ひるがえつて脾嚢腫に関する成書の記載と症例報告をみると、近藤等<sup>5</sup>の報告の如く、消化管に破潰する場合もかなり多い。前述したようにわれわれは本症例の経過を理解するにあつて、初め腫瘍の収縮は内容が消化管に漏出し、内圧の低下とともに交通路が閉鎖し再び内容が貯溜するものと考えた。

脾嚢腫は仮性、真性をとわず、結腸と胃の間、結腸の下、及び胃の上方と3つの経路を通つて発育する。又脾嚢腫のほか、水腫腎、皮様嚢腫が考えられるが、前者は両手性につかみうる点、後者は自然に消失することはなく、又固さの点で除外し、又肝嚢腫は固定が呼吸に可能であるものとして除外した。そして更に既往症に脾臓壊死又は急性脾臓炎を思わせる腹痛があつたので、仮性脾嚢腫と診断したのである。河合<sup>6</sup>によれば脾嚢腫の70%は仮性であり、仮性嚢腫は、真性脾嚢腫が女性に好発し、尿中ヂアスターゼも正常であるに反して、男性に多く、尿中ヂアスターゼも高いが<sup>7</sup>、脾臓炎症さえ有れば、女性にもかなり発生し、本例では、相当の尿中ヂアスターゼを証明したので、ますます仮性脾嚢腫と考え手術にのぞんだのである。

開腹所見によると、術前に考えた脾嚢腫ではなく、巨大な肝嚢腫であつた。腫瘍が余りにも巨大であつて、横隔膜下から上腹部を広く而も深く占めていたので、たとえ少しばかりの呼吸性上昇があつたとしても、腹壁を通しての触診では不明であつて、かかる巨大なものには肝腫瘍の診断を下すに当つて重大な呼吸性非固定性の如きは役に立たないようである。また腸管との交通を思わせる何物もないことから、腫瘍の自然縮小は内容が腹腔へ穿破流出したもので、それを裏づけるように嚢腫表面と癒着した大網膜の一部に異

常着色を認め、その直下の嚢腫面には小さい壊壞部があるのである。腫瘍縮小時の発熱は腹腔内へ流出した内容物の吸収によるものであろう。盛田<sup>7</sup>の報告のように、仮性は勿論、真性脾嚢腫でもかなりの Trypsin を含むのに反して、嚢腫肝内容は脇坂等の統計<sup>9</sup>のように、弱塩基性、胆汁色素を証明しないものが多いが、勿論消化酵素も有り得ないので、脾嚢腫と異り、腹腔内へ流出しても軽度の発熱程度の刺激ですみ得る。この所見も術前全く予期出来なかつたものである。

嚢腫肝は、男女の比は1/3.5で、嚢腫腎の合併は80%に及び、(第I表参照)時に真性脾嚢腫が合併する<sup>10</sup>。しかも脇坂によれば41~71才が88%をしめている。

表1

報告者	嚢腫腎の有無	年令性	上腹部痛
稲田	(+)	69 ♀	(-)
加藤	(+)	51 ♀	(-)
村松	(+)	40 ♀	(+)
西条	(+)	44 ♂	(-)
平井	(-)	70 ♀	(有) (-)
豊田	(-)		
竹下	(-)	40 ♀	(-)
竹下	(-)	56 ♀	(-)
大塚	(-)(先天性胆管奇型)	43 ♀	(-)
大塚	(-)	27 ♀	(-)
緒方	(+)	69 ♀	(-)
栗田	(+)	43 ♀	(+)
斎藤	(+)	胎児	(-)
桑原	(-)	40 ♀	(+)
岩井	(+)(脾嚢腫有り)	45 ♂	(+)
吉田	(-)	43 ♀	(-)
又重	(-)	9 ♂	(-)
鳥居	(+)	41 ♀	(-)

病因論についても、先に報告したように、Siegmund, Hippel の真性腫瘍<sup>3</sup>, McMaster, P. Rois の肝、腎、脾のような外分泌臓器に共通に発生する排泄異常素因説<sup>11</sup>、辻の腺腫説<sup>10</sup>等、決定的なものをみない。又岡田は、動物実験的に代謝異常にもとづくものとして説明しているが、好発年令と女性好発の問題に一つの示唆を感じしめる<sup>12</sup>。

肝組織は、時に二次的肝硬変を示すものがある。本例のように巨大化し圧迫現象を示し結合組織増生、炎症像も伴い得る<sup>13</sup>。

内容は一般に無色漿液性、時に褐色で、コレステロ

ールを含むことが多く、比重も1005~1015であり、しかし本症例では内圧が亢進して破潰するほどに、内容液を盛んに産生したので、液中に壊死物質が多く浮遊し、組織の壊死物質の混在により比重は高い。浮遊物質中に胆汁染色を示すが、内容液はGmelin反応は陰性であり、新鮮な胆汁の流入はないと考えてよい。しかし内容液の産生については肝囊腫一般についてかなり問題があり、胆汁の再吸収により、滲出液の置換することが多いとされている<sup>2)</sup>。

臨床的症狀としては、発熱、腹部鈍痛及び全身倦怠感を伴うこともあるが、又自覚症状を伴わぬ無痛性腫瘍で、開腹術、病理解剖により初めて、発見される場合も多い。治療法としては、肝囊腫、脾囊腫は出来れば剔出すべきであるが、巨大かつ癒着の高度のものは、内屢孔造設を行う方がよい。特に脾囊腫の剔出した報告は数例にすぎず、肝囊腫でもかくも巨大なものが手術的に切除し得ることは極めて稀である。

## 結 語

術前仮性脾囊腫と診断して開腹したが結局巨大肝囊

腫で而も囊腫肝から来たものと思われる1手術症例を報告した。

## 参 考 文 献

- 1) 中村・久山. 日外宝: **27**, 2, 1958.
- 2) Kaufmann: Spezifische Pathologie, 1905.
- 3) Schoack, W.: Arch. kein. Chin., **125**, 183, 1923.
- 4) 緒方: 日本医事新報, **22**, 2, 1937.
- 5) 近藤・原: 治療, **37**, 414, 1950.
- 6) 河合: 日医新報, **1063**, 311, 1940.
- 7) 盛田: 名古屋市立医大医学会雑誌, **5**, 158, 1949.
- 8) 河合: 臨床外科特集, **7**, 593, 1947.
- 9) 脇坂: 実験消化器病学, **18**, 441, 1941.
- 10) 辻: 大阪医事新報, **3**, 163, 1933.
- 11) Mc Master and P. Rois: Proc. Nat. Pat. Acad. Sci., **9**, 19, 1923.
- 12) 岡田: 癌, **24**, 163, 1933.
- 13) 村松: 臨床医学, **14**, 6, 1917.
- 14) 谷川: 新潟医学雑誌, **38**, 388, 1955.
- 15) 鳥居: 日本内科学雑誌, **25**, 1, 107, 1939.
- 16) 大塚: 日本外科学雑誌, **33**, 1383, 1936.
- 17) 滝沢: 臨床外科, **3**, 495, 1947.
- 18) 管野: 外科の領域, **2**, 374, 1955.
- 19) 光田: 台湾医学会雑誌, **41**, 1453, 1942.
- 20) 仲村: 札幌病院医誌, **12**, 170, 1953.
- 21) 唐木: 昭和医科大学紀要, **6**, 383, 1955.
- 22) 稲田: 海運医学会雑誌, **23**, 6, 616, 1930.

## 総腸間膜症に由来せる十二指腸閉塞症の1例

京都大学医学部外科学教室第2講座(主任: 青柳安誠教授)

武 田 温 雄

〔原稿受付 昭和33年2月25日〕

## ON A CASE OF DUODENAL OBSTRUCTION RESULTING FROM THE MESENTERIUM COMMUNAE

by

HARUO TAKEDA

From the 2nd Surgical Division, Kyoto University Medical School

(Director: Prof. Dr. YASUMASA AOYAGI)

In this paper was reported a case of boy, aged 14, who sometimes complained of abdominal pain and vomiting since he was born.

Recently the vomiting occurred frequently.

He was examined by several doctors and was considered to be seized with a pyloric stenosis.

At operation it is proved that he had suffered from the mesenterium commu-